

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

1033

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland, Jean, Antoine MARRET

Né le 16 Janvier 1912 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

**DES PERCEPTIONS MUSICALES
PATHOLOGIQUES**

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Roland, Jean, Antoine MARRET

Né le 16 janvier 1912 à Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-



DES PERCEPTIONS MUSICALES
PATHOLOGIQUES

-:-

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition)	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL		{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
	{ Melle GAU-	Pat. chir.	{ GOSSET
Ana.Path.	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
Bactério-)	{ CHRISTOL		{ POILLEUX
logie)	{ NEVOT		{ THOMERET
Biol. Méd.	{ BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
Chimie méd.	{ ETTORI	Pat.expéri-	{ MAURICE
	{ POLONOVSKI J.	ment.	{ LOEPER
Dermato-syph.	{ DUPERRAT		{ BOUVIER
Embryologie	{ TUCHMANN		{ BOUDIN
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE
	{ N.		{ BRISSAUD
Hydrologie	{ CORNET		{ CASTAIGNE
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE
	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	{ BASTIN	Path.Med.	{ DOMART
Médecine)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
légale et	{ GAULTIER		{ LAROCHE
du Trav.)	{ HADENGUE		{ MACREZ
Neurochir.	{ DAVID		{ MILLIEZ
Neurologie	{ LHERMITTE		{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
Obstétrique	{ LEPAGE		{ ROYER
	{ MERGER		{ THIEFFRY
	{ MORIN		{ TURIAF
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl.
Ophtal-)	{ BREGEAT	Pédiatrie	{ MOZZICONACCI
mologie)	{ DESVIGNES		{ JOSEPH
Orthopédie	{ JUDET	Pharmacol.	{ Melle LEVY
Oto-rhino-)	{ AUBRY		{ BARGETON
laryngol.)	{ MADURO	Physiol.	{ DEJOURS
Parasito.	{ BRUMPT		{ PARROT
Parasito.col.	{ CHABAUD	Physique }	{ DJOURNO
	{ ABOULKER	Médicale }	{ GOUGEROT
Pat. chir.	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS
	{ BAUMANN	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CAUCHOIX		{ PICHOT

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique Méd. { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires..... { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'Honneur

Qui, depuis 1951, m'a si aimablement accueilli dans son Service, et dont l'enseignement et les conseils m'ont été si précieux.

Qu'il trouve ici l'expression de mon admiration, de ma reconnaissance et de ma respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur H.M. GALLOT

A Madame le Docteur GALLOT-SAULNIER

Médecins-Assistants de la Salpêtrière

En reconnaissance pour les
sentiments amicaux et les
conseils qu'ils m'ont pro-
digés depuis 1951.

A Monsieur le Docteur C. KOUPERNIK

Médecin-Assistant de la Salpêtrière

A Monsieur le Docteur R. LABET

Chef de Clinique à la Faculté

Qui ont contribué à l'élabora-
tion et à la mise au point
de ce travail.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Professeur Et. CHABROL
Professeur CADENAT
Professeur A. LEMAIRE
Docteur METIVET (In Memoriam)
Docteur Noël PERON
Professeur J. CATHALA
Professeur Agrégé BROUET
Professeur Agrégé RAVINA
Professeur AUBIN

A Monsieur le Docteur Jacques LE BEAU

Neuro-Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A Monsieur le Docteur Jean SIGWALD

Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse et de
l'Hôpital Léopold-Bellan

A qui je dois ma formation
neurologique.

A mes Parents

M. et Mme Jean MARRET

A mon Oncle (In Memoriam)

M. Joseph RENARD

A ma Tante et Marraine

Mme Vve Joseph RENARD

Dont l'affection et le soutien
ont permis l'aboutissement
de mes études.

A mon Compagnon de travail

Le Docteur Jacques GARITEY

En souvenir des bons et des
mauvais moments vécus ensemble.

A tous mes Amis.

DES PERCEPTIONS MUSICALES
PATHOLOGIQUES

- :-

INTRODUCTION

-:-

Les perceptions musicales pathologiques sont des perceptions sans objet. Il en existe plusieurs variétés : hallucinations musicales vraies, ayant pour contenu de la musique instrumentale ou du chant, entraînant une conviction d'emblée, hallucinoses, toujours perçues comme étrangères et parasites, obsessions de contenu musical, enfin, représentations auditives délibérées et volontaires.

Nous nous proposons d'étudier les caractères propres à ces différentes perceptions musicales pathologiques et la manière dont elles peuvent s'intriquer, s'associer ou se succéder.

Nous envisagerons succinctement, en outre, le problème du rôle du lobe temporal dans leur genèse, problème qui a été assez récemment précisé grâce aux expériences de stimulation du cortex temporal et à l'électroencéphalographie.

Pour étayer cet aperçu, nous avons recueilli dans le service de notre Maître, le Pr Léon Michaux, à la Salpêtrière, trois observations relativement récentes, qui nous montrent la difficulté d'une discrimination des mécanismes pathologiques, l'association des perceptions musicales avec des perceptions visuelles, et, dans l'une d'elles, la succession des diverses variétés.

-:-

OBSERVATIONS

- : -

OBSERVATION N° I -

M. G... Maurice, 23 ans, consulte à la Salpêtrière le 16 août 1955, pour des obsessions musicales.

En mars 1955, brusquement au réveil, le malade entend des airs de chansons après une courte période d'étrangeté. Dès ce jour, ces airs surviennent de façon quasi-permanente, la nuit comme le jour, à tel point qu'il se demande s'il n'a pas perdu la raison.

Ces chansons qui semblent liées aux événements de la journée sont obsédantes, tout en n'étant pas "chantées dans sa tête" ; le malade est convaincu qu'elles n'existent pas réellement et dit pouvoir s'en libérer à condition de ne pas être seul et d'être distrait par une occupation quelconque.

Fait assez particulier, ces obsessions musicales sont agrémentées d'images représentant des scènes de son enfance, lesquelles lui sont imposées et ne comportent aucun caractère affectif, agréable ou désagréable.

L'étude des antécédents découvre un fond psychasthénique : sentiment d'insatisfaction, d'incomplétude, tendance vérificatrice, souci morbide de la perfection. On découvre une notion d'obsessions sexuelles depuis l'âge de 13 ans, avec masturbation, peur d'être impuissant, et disparition actuelle de la libido.

Il n'y a pas de notion d'intoxication éthylique. Les antécédents familiaux sont sans intérêt.

L'examen clinique ne montre pas d'anomalies. Ainsi, l'association de phénomènes d'étrangeté, de rêveries, d'un élément musical, oriente vers le diagnostic d'épilepsie temporale probable.

L'électroencéphalogramme enregistré sous hyperpnée ne montre que des anomalies modérées (ondes thêta à 6 c/sec), de siège bitemporal à prédominance temporale antérieure gauche (ondes lentes isolées et quelques ondes à front raide).

Une série de narco-analyses, pratiquées en février 1956, aboutissent à un échec.

Dans cette observation, il faut insister sur l'absence de doute quant à l'irréalité des phénomènes et l'association visuelle de scènes de l'enfance.

OBSERVATION N° 2 -

Madame T... Emilia, 55 ans, d'origine espagnole, sans profession, vient le 7 janvier 1956 à la consultation du service pour des phénomènes psychosensoriels auditifs apparus récemment.

Depuis l'âge de 18 ans, la malade est atteinte d'une surdité progressive d'origine nerveuse, surdité importante à droite et totale à gauche. Il y a dix mois environ, à une époque où, pour la première fois, elle porte un appareil d'amplification, elle entend des chansons qui datent de 20 à 30 ans auparavant.

La malade déclare chanter elle-même et être parfois accompagnée par une musique orchestrale ; quelquefois elle s'entend chanter plusieurs airs en même temps et elle a l'impression de chanter juste et de façon agréable, alors qu'en fait elle chante faux et mal. Ces airs peuvent durer 24 à 48 heures, ils peuvent survenir la nuit sans que la malade soit complètement réveillée, ils disparaissent dès que son attention se fixe sur un travail

un peu délicat ou est distraite par tout autre chose. Ainsi, à l'entrée dans une église, l'air qu'elle entend disparaît si le choeur chante ou si les orgues jouent.

Une investigation plus précise des troubles est délicate, du fait que la malade parle mal le français et qu'elle entend mal ; cependant, questionnée par un interprète, elle déclare que ces phénomènes ont lieu dans sa tête et que jamais elle n'a eu l'impression qu'ils venaient de l'extérieur. A aucun moment, on ne trouve de conviction délirante ; son comportement n'en est pas affecté ; il n'existe pas d'autres phénomènes psychosensoriels. L'examen neurologique est normal ; aucun élément comitial n'est trouvé ; signalons à ce sujet que ces troubles n'ont jamais eu de caractère paroxystique.

Examens complémentaires : Urée sanguine 0,20 g %/oo, BW sanguin négatif ; la radio du crâne montre quelques calcifications pariétales postérieures gauches ; l'examen oculaire complet est normal.

L'Electroencéphalogramme montre des signes de souffrance temporale gauche : quelques rythmes thêta irréguliers, bilatéraux, avec prédominance dans la région temporale antérieure gauche ; dans cette région, il apparaît sous hyperpnée quelques bouffées thêta, d'allure nettement paroxystique avec pointes-ondes typiques à une ou deux reprises.

L'encéphalographie gazeuse fractionnée montre un liquide rachidien et péricérébral normal, des cornes temporales normales.

OBSERVATION N° 3 -

Monsieur B... Dimitri, 32 ans, électricien, est admis dans le service le 25 janvier 1956, pour des hallucinations hypnagogiques au cours d'un éthylisme chronique.

En novembre 1955, apparaissent les premières perceptions pathologiques, d'abord visuelles, puis auditives, verbales et musicales.

Les perceptions visuelles représentent des paysages aux contours précis, colorés, défilant de la droite vers la gauche et qui parfois correspondent à des lieux que le malade connaît. Elles surviennent toujours le soir alors qu'il est couché, la lumière étant éteinte. Ces visions hypnagogiques sont agréables, recherchées par le malade qui pourrait aisément les provoquer. Enfin, elles n'entraînent jamais la conviction.

Les perceptions auditives sont de deux sortes :

1°) Les unes verbales. Il s'agit, selon le malade, de conversations avec un interlocuteur non connu, qu'il ne voit pas. Le thème de ces conversations est habituellement pris dans un entretien de la journée écoulée. Leur survie est également nocturne, alors qu'il est seul, assis dans sa cuisine avant le coucher. La conviction est variable : parfois le malade se rend compte de l'irréalité de la conversation, entreprend une quelconque occupation, puis reprend à nouveau la conversation qu'il avait interrompue.

La voix qu'il entend naît en lui et est secondairement projetée au dehors : "elle s'inscrit dans ma tête, dit-il, puis s'extériorise".

Ces phénomènes sont agréables et peuvent être aisément provoqués : "Il s'agit d'un jeu, ça me plaît".

2°) Les autres musicales. Elles sont moins souvent observées. La première fois, il entend une musique symphonique, il est convaincu qu'il s'agit du poste de T.S.F. de son voisin, qui joue en sourdine ; après échec de sa vérification, il examine son propre appareil.

Ultérieurement, il entend des airs de jazz

symphonique qu'il ne connaît pas.

Très rapidement, il se rend compte de l'inexistence de cette musique, qui, agréable, se reproduit le soir quand il est encore éveillé.

Il est important, en effet, de souligner que ces différentes manifestations n'ont lieu que le soir, en cas d'excès modérés de boissons alcooliques, alors que le malade est seul et inoccupé. Elles ne surviennent pas quand son attention est fixée sur quelque chose.

L'étude des antécédents révèle :

1°) Un fond psychasthénique, avec méticulosité morbide, vérification excessive surtout au cours de son travail.

2°) Un éthylisme franc depuis trois ans (deux litres de vin par jour, apéritifs fréquents), avec troubles digestifs (anorexie, pituites matinales) et neuro-psychiques (tremblement des extrémités du type toxique, rêves professionnels).

3°) L'apparition, depuis un an, d'altération de la mémoire portant sur les faits récents, à l'origine de difficultés dans l'accomplissement de son métier, des troubles de l'attention, de tendances dépressives avec tristesse, désintérêt, sans apragmatisme, anxiété, insomnie et vagues idées d'autolyse.

4°) L'absence d'élément obsessionnel, de phénomène de la scie musicale.

Examens complémentaires : BW sanguin négatif, examen oculaire normal ; radio du crâne normale ; E.E.G. normal, même après hyperpnée et injection intra-veineuse d'alcool.

Evolution : La suppression totale du toxique entraîne la disparition rapide et complète des troubles hypnagogiques.

En conclusion, cette observation associe :

1°) Des hallucinations visuelles ; il s'agit en fait d'hallucinoses, dont il convient de discuter le caractère provocable.

2°) Des hallucinations verbales et musicales, très variables, entraînant d'abord la conviction, puis reconnues morbides.

Il faut insister sur le passage, en hypnagogie, de la représentation imaginative à l'hallucinose et l'hallucination chez un sujet éthérique et psychasthénique ; ce fond psychasthénique permet d'avancer le rôle du doute sur la réalité ou l'irréalité des phénomènes.

- III -

LES DIVERSES VARIETES DE
PERCEPTIONS MUSICALES SANS OBJET

-:-

Il est important de distinguer dans les perceptions musicales sans objet, les variétés suivantes :

1° Les hallucinations musicales.

Ce sont des perceptions sans objet ayant pour caractères majeurs leur origine extérieure apparente, et surtout la conviction d'emblée de leur réalité.

Elles peuvent être permanentes ou paroxystiques ; dans ce dernier cas, elles entrent dans le cadre de l'épilepsie musicale sur laquelle nous reviendrons.

Notons que chez le malade B..., l'hallucination musicale a rapidement cédé la place à l'hallucinose, le sujet s'étant rendu compte de l'irréalité de sa perception.

2° Les hallucinoses musicales.

Ce sont également des perceptions sans objet, mais perçues comme extérieures et n'entraînant pas la conviction d'emblée. Le sujet n'a pas, comme dans le cas précédent, conscience de leur réalité. L'attitude psychologique de l'individu est toute différente, il n'est pas dupe du phénomène et ne risque pas par suite de l'utiliser pour construire un délire. Rappelons que le malade de l'observation n° 3 est un bel exemple de manifestations hallucinosiques d'ordre visuel et auditif.

Au minimum, il peut y avoir une transformation des qualités des sons analogue aux phénomènes de micropsie, dont l'observation de Barré, Clovis Vincent et Melle Helle (6) constitue un exemple :

Un jeune homme de 17 ans a l'impression que, du côté gauche, les sons lui viennent de plus loin : un jour, il entend les mots, mais d'une façon bizarre "comme s'ils venaient de loin", pendant 20 à 30 secondes. Un autre jour, il déclare : "J'entends très bien de l'oreille gauche, mais cependant, j'ai l'impression que les mots deviennent plus longs".

Lors de certains malaises, les objets lui paraissent plus nets et plus brillants et il entend plus clairement les mots quand il ne les comprend pas.

On rapprochera des groupes précédents les illusions musicales qui sont des perceptions erronées de thème musical à partir d'une perception auditive réelle mais non musicale, ainsi le bruit du train sur les rails, celui des moteurs dans une usine, le bourdonnement d'un insecte peuvent créer une illusion musicale. Il existe de nombreuses compositions musicales ayant utilisé ces thèmes, citons : le "Vol du Bourdon" de Rimsky-Korsakoff, l'"Usine de Roulements à Billes" de Chostakovitch et les divers "Trains musicaux".

3° Les obsessions de contenu musical.

L'obsession est un phénomène intérieur, mnésique, qui s'impose despotiquement à l'individu en créant un état psychique de contrainte angoissante avec conscience de sa nature parasitaire.

On doit distinguer avec Séglas : les hallucinations obsédantes, ou hallucinations primitives de Lowenfeld et les obsessions hallucinatoires qui sont les hallucinations secondaires de Lowenfeld. D'autre part, les halluci-

nations représentatives de Régis.

L'obsession musicale semble rare. La malade T... (observation n° 2) en est un exemple, encore que l'on doive émettre quelques réserves en raison des difficultés d'expression du sujet. On trouve, cependant, la notion d'une production intérieure, mnésique (airs datant de plus de 20 ans), et parasitaires (absence de conviction de la réalité).

Selon Régis, dans les hallucinations représentatives, les malades se voient eux-mêmes dans telle ou telle attitude, dans telle ou telle action. Il y a là, par conséquent, une sorte de phénomène d'autoscopie externe. Rappelons que la malade T... s'entendait chanter. La suspension des hallucinations représentatives est possible par la dérivation, soit auditive (survenue d'un autre bruit), soit mentale (occupation, distraction). La même malade constate la disparition de l'air chanté dès qu'elle entre dans une église où les orgues ou le choeur chantent.

4° Les représentations musicales délibérées.

Elles sont conscientes et sans croyance à la réalité de la perception. Cette faculté de la représentation délibérée est illustrée par un musicien amateur dont il nous a été rapporté qu'il lisait, comme un journal, des partitions comportant jusqu'à quatorze instruments, avec la représentation auditive très précise des moindres détails. C'est un fait souvent constaté chez les musiciens.

On peut évoquer ici Beethoven qui, sourd, entendait les airs qu'il composait en tapotant des doigts sur une vitre.

Ainsi se pose le problème du génie musical. On peut concevoir le génie artistique comme étant la faculté de créer en soi-même des états d'âme que l'on peut transmettre.

Cette capacité de création vive, intense,

originale et communicative est le propre de l'artiste :

Schiller, dans sa 22ème lettre sur l'éducation esthétique, voit l'essence de la musique dans "la représentation des sentiments et estime en conséquence que le vrai musicien est égal en dignité au poète".

Mozart, en 1877, écrivait à son père, à l'occasion de sa fête : "Je vous jouerai tout un compliment sur le piano".

On peut rapprocher les états de "rêve éveillé" de ces représentations. Sous ce vocable, on décrit deux ordres de faits : des "dreamy states", traduisant une épilepsie temporale, et des représentations musicales délibérées.

Ces dernières sont des créations volontaires où l'imagination joue un grand rôle à la faveur d'une baisse de la concentration mentale. Il est intéressant de noter que, pour notre malade B..., qui n'est pas confus, l'hypnagogie constitue une circonstance favorable à la survenue de phénomènes visuels et auditifs dont le mécanisme varie selon le moment : tantôt domine la représentation imaginative, tantôt l'hallucination ou l'hallucinoïde. Ainsi, pour qu'apparaissent les perceptions pathologiques, il suffit que notre malade soit seul dans sa cuisine, le soir, ou étendu sur son lit dans l'obscurité, tout en demeurant éveillé.

Dans laquelle de ces variétés devons-nous classer nos trois observations ?

Les deux premières, G... et T... soulèvent peu de difficultés. Les perceptions sans objet sont indiscutablement des obsessions : elles n'entraînent pas la conviction, elles sont constamment coercibles par dérivation. D'ailleurs, G... est un psychasthénique.

La dernière observation (M. B...) est, par contre, plus complexe.

Il s'agit d'un sujet psychasthénique et alcoolique chronique dont les troubles surviennent en hypnagogie, à l'occasion d'excès alcooliques.

Ces troubles sont divers et variables dans le temps. La conviction qui les accompagne est également variable ; absolue à l'origine des hallucinations musicales et, par moments, en ce qui concerne les hallucinations verbales, elle a toujours été nulle pour les hallucinations visuelles et rapidement inexistante pour les hallucinations musicales.

Un autre fait est digne d'intérêt : deux de nos observations comportent des anomalies temporales gauches sur l'électroencéphalogramme. Pour T..., quelques rythmes thêta irréguliers, bilatéraux à prédominance temporale antérieure gauche avec, dans cette région, sous hyperpnée, des bouffées paroxystiques de thêta et pointes-ondes typiques.

Cas G... sous hyperpnée, anomalies discrètes bitemporales à prédominance temporale antérieure gauche qui est le siège d'ondes lentes et de quelques ondes à front raide.

FACTEURS ETIOLOGIQUES COMMUNS
AUX DIVERSES VARIETES
DE PERCEPTIONS MUSICALES SANS
OBJET.

1° Facteurs auditifs.

a) La surdité - Elle prédispose à ces perceptions pathologiques par l'isolement qu'elle crée et la survenue de bruits subjectifs uni ou bilatéraux.

Ces sensations auditives sont élémentaires car elles ne comportent pas de signification déterminée et, a fortiori, de forme verbale. Il est bien certain que d'autres facteurs interviennent sur un tel terrain qui, seul, est insuffisant.

C'est le cas de Mme T..., atteinte d'une surdité d'origine nerveuse depuis l'âge de 18 ans ; ce n'est que 36 ans plus tard qu'apparaissent les premières obsessions.

L'on peut rappeler ici la surdité de Beethoven, intéressante à maints égards. Cette infirmité semble avoir favorisé une meilleure expression de son génie en créant un isolement propice.

Parlant de l'évolution du génie de Beethoven, Massin (18) s'exprime en ces termes :

"Un certain nombre de données, auront leur influence sur cette évolution. Au premier plan, il faut sans doute mentionner la surdité croissante. On y a vu souvent un facteur d'isolement et d'épuration, préservant Beethoven des influences, de la facilité ambiante, l'incitant à des hardiesses techniques incontrôlables, l'obligeant presque à faire de sa

musique une science abstraite, à défaut de toute expérimentation sonore. La part de vérité qui entre dans ces vues nous paraît moins déterminante qu'on ne l'a parfois prétendu. Nous nous demanderons davantage, à la suite de Romain Rolland, dans quelle mesure la surdité n'a pas agi comme un stimulant de la création beethovenienne, si paradoxal que cela puisse paraître."

Depuis les travaux du Docteur Marage (10) (1928) on admet l'origine labyrinthique de la surdité de Beethoven. Apparue vers l'âge de 25 ans, elle progressa rapidement, et, en 1801, il écrivait : "Il n'y a que mes oreilles qui continuent à bourdonner et à mugir nuit et jour"... "au théâtre, je dois me mettre tout près de l'orchestre pour comprendre les acteurs... quand on parle doucement, j'entends à peine ; oui, j'entends bien les sons mais pas les mots". Dès 1816, la surdité était presque complète et Beethoven devait se résigner à communiquer avec ses semblables par écrit ; c'est de cette époque que datent les cahiers de conversation recueillis par Brunning.

Romain Rolland avance que l'isolement forcé de Beethoven l'obligea à abandonner la carrière de virtuose, qui, d'ailleurs ne l'attirait pas, pour se consacrer à la seule création musicale ; ainsi isolé, ne cherchant pas à plaire, il donna libre cours à son tempérament, n'ayant pas d'autre souci que de dévoiler ses richesses intérieures.

b) L'assourdissement - Il est bien connu que son caractère monotone et insistant favorise une baisse de la vigilance, éminemment favorable à la survenue des perceptions pathologiques. Nous avons cité l'exemple du train et de l'usine, sources possibles d'illusions musicales.

2° Facteurs psychiques.

a) Certains sont permanents. Nous avons, à plusieurs reprises, souligné l'importance du terrain psychasthénique. Une de nos observations (B...) montre que l'alcoolisme chronique est également un facteur prédisposant.

b) D'autres sont épisodiques : il s'agit essentiellement de facteurs de dissolution de la conscience, qu'il s'agisse de confusion mentale, d'états de sommeil liminaire (hypnagogie), d'intoxications aiguës, notamment alcoolique.

3° D'autres facteurs sont psycho-sensoriels.

Ce sont les causes classiques d'hallucinations et d'hallucinoses, soit alcoolisme chronique, psychose hallucinatoire chronique.

Nous envisagerons plus loin le rôle de l'épilepsie temporale.

- V -

ASSOCIATION ET SUCCESSION
DES DIVERSES VARIETES.

-:-

1° Hallucinations et hallucinoses musicales.

Certains auteurs : Ey (cité par David et coll.) Royer et coll. (16), opposent ces deux manifestations pathologiques.

L'hallucination serait un trouble psychique entraînant la conviction du sujet, n'ayant pas de valeur localisatrice et comportant une altération du fond mental.

L'hallucinose serait un trouble neurologique à valeur localisatrice et n'entraînant aucun bouleversement de la personnalité.

Il n'est pas dans nos intentions de soulever ici le délicat problème lié au mécanisme des hallucinations, à savoir, si le délire, la conviction délirante sont les premiers phénomènes en date, ou si le désordre sensoriel précède le délire.

Cette opposition n'apparaît pas aussi formelle en pratique clinique. Il semble que l'hallucination, dans la mesure où elle est de courte durée, paroxystique, a peu de chance de troubler la personnalité et de s'accompagner de délire. Par contre, l'hallucination plus ou moins permanente comporte un tel risque. Cette évolution délirante ne peut avoir lieu sans une prédisposition constitutionnelle.

Il apparaît que dans certains cas, il est très difficile de faire le départ entre hallucination et hallucinose.

On conçoit qu'il existe des faits de passage

entre hallucinations et hallucinose. Ainsi Hecaen et Ajuriaguerra (1) écrivent : "L'hallucination représente un syndrome focal que le sujet croie ou non en sa réalité, que la personnalité s'en trouve modifiée ou non, à condition qu'il n'existe pas de signes d'hypertension intra-cranienne trop accusés ou qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations oniriques". Ailleurs, ils concluent : "Nous ne pouvons établir une limite étanche entre hallucinose et hallucination, une gamme d'états permettant de relier entre eux les phénomènes profondément distincts qui se rencontrent aux deux extrémités de l'échelle."

Une telle constatation est bien illustrée par notre observation B...

Ainsi, ces phénomènes peuvent se succéder. Tantôt, l'hallucinose est la séquelle de l'hallucination par rectification du jugement. Dans notre cas B..., la conviction de réalité des hallucinations musicales disparaît dès leur réédition. Un autre exemple est donné par un malade de Paillas et Subirana (9) : ce malade entend plusieurs fois une phrase musicale de quatre ou cinq notes qu'il peut identifier. Ce motif se répète sans cesse pendant dix à trente minutes. L'intensité des sons est faible, mais les notes sont extrêmement nettes. Le malade peut chantonner ce qu'il entend et déclare qu'il pourrait reconnaître les notes s'il était musicien. Ces crises hallucinatoires se répètent plusieurs fois par jour et l'air change à chaque crise.

Après avoir eu la conviction de la réalité de la musique, la première fois, il reconnaît, dès la fois suivante, parfaitement son erreur; il est alors indifférent, amusé ou finalement agacé par ces rengaines.

L'intervention révèle un astrocytome temporal droit.

Tantôt l'hallucination succède à l'halluci-

nose qui finit par entraîner la conviction. Bien que ne comportant pas d'élément musical, l'observation de Bogaert, citée par Hecaen et Ajuriaguerra montre bien cette succession : le malade ayant des hallucinoses visuelles lilliputiennes, devient la proie de ses phantasmes à l'occasion d'un ictus cérébral suivi de dépression avec anxiété et obnubilation.

2° Obsessions et hallucinations.

L'obsession peut conduire au délire qui prend une forme hallucinatoire. Certes, une telle éventualité est rare, mais elle paraît indiscutable. La faible aptitude de l'obsédé à délirer a été analysée par L. Michaux, H.M. Gallot et Rouault de la Vigne (12). L'anxiété qui sous-tend l'obsession vraie en est la raison : en effet, l'obsédé "apte au doute morbide, aux hésitations infinies, aux ruminations interminables, à l'incapacité, à l'incertitude", a tendance à tout ramener à lui-même; ainsi n'est-il pas prédisposé à construire un délire, et, en pratique, le passage au délire demeure rare. Janet ne trouve que 12 délirants sur 300 obsédés.

Le délire de l'obsédé revêt une allure particulière et s'oppose au délire bien structuré du paranoïaque par ses interprétations dubitatives et non rigides.

L'observation de Lhermitte et Paucheminey (8) est fort intéressante : il s'agit d'une femme de 40 ans, grande obsédée, ardente musicienne, qui souffre d'une oto-spongiose avec surdité depuis 10 ans environ. Une série d'électro-chocs agit remarquablement sur les obsessions, mais dès le cinquième choc apparaissent des hallucinations musicales. Ces hallucinations sont très variables dans leur contenu, notamment un "Introït" de la messe avec choeur, orchestre et orgue de J.-S. Bach se transforme en un solo de violoncelle. Ailleurs, le thème du "Clair de Lune" de Beethoven fait remémorer la "Chanson Triste" de Duparc.

Enfin, la conviction est variable et hallucinations et hallucinoses alternent.

Ainsi, le terrain psychasthénique est probablement intervenu dans la genèse de ces hallucinations à conviction variable et de durée transitoire.

On peut rapprocher de ces faits le cas, plein d'intérêt, de Robert Schumann, qui semble constituer un bel exemple de délire musical.

Nous ne saurions nous départir d'une certaine prudence et notre dessein est de citer les faits qui semblent comporter le plus d'objectivité.

Les documents que nous possédons plaident en faveur de troubles névrotiques constitutionnels :

Dès l'enfance, on le décrit comme étant anxieux, phobique, obsédé. Adolescent, il parle d'une "lutte intérieure pour le choix de ses études" ; c'est à l'âge de 20 ans qu'il décide de se consacrer à la musique.

Il semble que ce soit en 1833, alors qu'il a 23 ans, que ses troubles prennent de l'importance : à la suite de la mort de sa belle-soeur, il prend en horreur son appartement, appréhende d'habiter les étages élevés, n'ose aller seul à Zwickau voir sa mère par crainte d'un accident. Après une accalmie, ce même état réapparaît en 1844 et le docteur Holbig signale "des phobies de la mort, des hautes montagnes, des hauts logements, des objets métalliques, même des clefs, des médicaments et des poisons". Il souffrait d'insomnie et se sentait plus mal le matin au réveil.

Les troubles s'enrichissent en 1847. Pour la première fois, Schumann parle d'hallucinations auditives : alors qu'il écrit le "Paradis et la Péri", il entend une voix qui lui répète constamment qu'il allait faire un chef d'oeuvre. A la même époque, il commence

à se plaindre de vertiges et de bruits parasites dans les oreilles. En 1849, il a des difficultés à retenir les mélodies qu'il crée, en raison d'une perpétuelle audition intérieure ; on note la recherche de l'isolement, du mutisme, à tel point que Möbius avance le diagnostic de "démence précoce".

Au milieu de ses parents ou amis, il paraît volontiers absent, absorbé par de pressantes pensées musicales. Plusieurs fois, l'intensité de sa vie intérieure le place dans des situations difficiles : on rapporte qu'en 1851 "l'oeuvre en cours d'exécution l'absorbe à tel point qu'il en oublie la présence des musiciens de l'orchestre, dans l'attente, les yeux levés vers lui".

Vers 1850-1851, l'évolution se précipite : éléments obsessionnels et hallucinatoires altèrent, chaque jour davantage, sa personnalité.

Ainsi, un soir de 1853, il jette son journal et dit : "Je ne peux plus lire, j'entends toujours un la !" Au mois d'août de la même année, il croit entendre une note qui l'assaille sans cesse.

En 1854, les hallucinations se multiplient. Dans les carnets de Clara Schumann, on trouve : "Il dit que c'est une musique splendide avec des instruments d'une sonorité merveilleuse comme on n'en entend jamais de pareille sur terre... de la musique magnifique !"

Quelques jours plus tard : "Il se lève pour noter un thème que les anges lui ont dicté ; les anges l'entourent et lui font des révélations sublimes. Au matin, les anges sont démons et font une musique atroce : ils se transforment en tigres, en hyènes". Ailleurs : "Il entendait des morceaux exécutés par un orchestre complet, du commencement à la fin, et le son du dernier accord persistait jusqu'à ce que Robert ait pensé à un autre morceau !"

C'est à cette époque (février 1854) qu'il écrit, en plein délire, les variations pour le thème en mi bémol et qu'il se précipite dans le Rhin. Cette tentative manquée de suicide motive son internement à l'asile d'Endenich, près de Bonn, où Brahms viendra souvent lui rendre visite pendant son séjour de deux ans. Il mourra dans cet asile en juillet 1858.

Ces documents montrent bien l'intrication des perceptions pathologiques depuis les représentations musicales délibérées, bientôt pressantes, obsédantes, jusqu'au grand délire hallucinatoire musical des dernières années. Plusieurs hypothèses ont été avancées en vue de définir l'affection dont souffrit Schumann. Qu'il ait été atteint de névrose constitutionnelle, cette affirmation ne semble faire aucun doute pour la plupart des auteurs. Möbius, nous l'avons vu, a soutenu l'hypothèse de schizophrénie, hypothèse que semble appuyer l'étude des antécédents familiaux : son père et sa soeur sont morts fous ; selon Möbius, sa soeur, morte à 20 ans, était atteinte de démence précoce ; enfin deux de ses sept enfants meurent fous. Mais on peut opposer :

a) l'abondance de ses ouvrages (plus de trente oeuvres de genres divers entre 1845 et 1850); b) une grande activité professorale (en 1847, il dirige la "Liedertafel", société chorale masculine de Leipzig ; en 1848, il fonde une société chorale mixte et en 1850, devient directeur musical de la ville de Düsseldorf). c) la création fréquente de chefs-d'oeuvre après les accès délirants alors qu'il était dans un état de parfaite intégrité cérébrale. Ce n'est qu'à partir de 1851, alors qu'il a 41 ans, qu'il subit une involution progressive.

D'autres hypothèses ont été lancées. Richards qui pratiqua l'autopsie, porta le diagnostic de paralysie générale à forme mélancolique ; Pascal (14) nie la schizophrénie et avance la possibilité d'une psychasthénie

constitutionnelle. Grüele, Dupré et Nathan, cités par Pascal, en font une psychose périodique.

3° Obsessions et épilepsie.

Nous nous contentons de rappeler l'existence des épilepsies temporales à forme obsessionnelle (pensée forcée, obsessions-impulsions d'allure paroxystique) et d'insister sur la difficulté que l'on a parfois à distinguer ces deux affections l'une de l'autre, d'autant plus qu'une association est possible.

Ainsi, notre malade G... est un psychasthénique, grand obsédé, qui entend un jour, brusquement, après une courte période d'étrangeté, de rêve, des airs musicaux qui, dès leur reproduction, vont prendre l'allure d'obsessions musicales.

L'association d'images-souvenirs représentant des scènes de son enfance rend l'hypothèse d'une épilepsie temporale très vraisemblable. L'E.E.G., sans être absolument démonstratif, plaide également dans le même sens.

4° Représentations délibérées, hallucinoses et hallucinations.

Ces manifestations, bien distinctes les unes des autres, se situent néanmoins sur une même échelle. Il n'est donc pas surprenant d'observer tous les degrés de transition.

Notre malade B... en est la démonstration. Dans la littérature, nous nous limiterons à quelques exemples : Le Tasse, aux dons imaginatifs très riches, évolua insensiblement vers un état hallucinatoire paranoïde.

Dostoïevsky, épileptique, et en proie, semble-t-il, dès l'enfance à des hallucinations écrivit "Le Double", utilisant de façon saisissante son expérience d'halluciné.

Maeterlinck, dramaturge symbolique, aurait été, selon sa femme, un halluciné du groupe paraphrène.

- VI -

LE ROLE DU LOBE TEMPORAL

-:-

Il nous a paru utile de faire un bref rappel des faits que l'on a avancés en faveur du rôle joué par le lobe temporal dans les manifestations musicales.

1° Arguments anatomo-pathologiques

Depuis les travaux de Henschen (1920), on admet l'existence d'un "centre musical", situé à la pointe du lobe temporal et correspondant à l'aire 38 de Brodman (ou aire T.6 de Von Economo). Cette aire coiffe le pôle temporal et constitue la partie antérieure de T₁, T₂, T₃. Elle est donc limitée en arrière par les aires 20, 21 et 22 de Brodman.

Ce centre a une représentation corticale bilatérale : une ablation unilatérale ne peut pas provoquer l'amnésie d'après les expériences d'Alcade et de Nielsen (9 - p. 118).

La stimulation électrique confirme ces données. Notons, tout d'abord, la particularité du lobe temporal qui, contrairement aux autres lobes, est seul à exiger un état épileptique local antérieur pour être "excitable", "comme si l'état épileptique rendait le cortex plus sensible à la stimulation" (Penfield). Une observation de Penfield démontre bien l'existence de cette localisation : une malade hospitalisée pour des crises comitiales suivies d'aphasie discrète est opérée d'un fibroblastome méningé temporal gauche. En cours d'exploration, on note l'absence de revêtement péral du pôle antérieur du lobe temporal.

Deux ans plus tard, la malade revient pour des crises d'un type nouveau, il s'agit d'hallucinations auditives : elle entend des voix qui semblent venir de sa droite ; une fois, il s'agit de musique et la malade croit qu'elle vient du poste de T.S.F., c'est une chanson qu'elle a souvent entendue à la radio, elle ne peut distinguer les paroles. Une seconde intervention montre une cicatrice méningo-cérébrale siégeant au pôle temporal. L'amputation antérieure du lobe temporal supprime les hallucinations. La malade, revue quatre mois plus tard, est normale.

Divers travaux ont montré l'absence de dépendance entre l'audition verbale et l'audition musicale. Il s'agirait de fonctions juxtaposées et non superposées, notion qui prouverait l'existence de récepteurs périphériques de qualité spéciale et qui conserveraient une autonomie jusque dans les processus terminaux les plus complexes (Morel, (13)).

En fait, on doit avouer qu'il persiste encore bien des inconnues. Il est indéniable que le pôle temporal joue un rôle important dans ce qu'on appelle le "sens musical", mais il ne nous paraît pas exclusif à la lecture des diverses expériences tentées chez l'homme et la tendance à délimiter à l'excès les différentes zones du lobe temporal doit être acceptée avec prudence.

Dans l'observation précédente de Penfield, l'hallucination est, certes, musicale, mais également verbale. On peut objecter qu'il s'agit d'un processus pathologique peu favorable à une expérimentation précise. Autre fait, pour quelle raison, les hallucinations supprimées par l'ablation d'un pôle ne réapparaissent-elles pas à la faveur de la représentation corticale bilatérale, même si l'on admet l'existence d'une prépondérance gauche chez le droitier au même titre que pour le langage, puisque, selon Nielsen, cité par

Paillas et Subirana, le lobe "mineur" peut suppléer le lobe majeur dans la compréhension de la musique, ce fait expliquant la rareté de l'agnosie musicale isolée ?

La stimulation de T₁, réalisée par Penfield (cité par Alcade dans : Lobe temporal en O.N.O.) chez une autre malade, provoque la survenue de bruits variables allant des bruits élémentaires, tel un bourdonnement d'oreille, jusqu'à des sensations complexes, telles des hallucinations ou illusions de voix ou musique. Dans ce cas, la stimulation a donc lieu à distance du "centre musical".

Auparavant, Foerster (cité par Alcade (9)) avait déjà obtenu des résultats analogues par stimulation de l'aire 22, laquelle, rappelons-le, s'étend en arrière jusqu'au gyrus supra-marginalis et angularis.

De même, Penfield et Erikson (1, p. 375) signalent l'apparition d'hallucinations musicales, parfois accompagnées d'impression de rêves, d'éloignement des sons extérieurs par stimulation de T₁, en particulier au niveau des aires 41 et 42. Or, l'aire 41 est censée correspondre à l'aire sensorielle primaire, c'est-à-dire approximativement la circonvolution temporale transverse de Heschl ou aire auditive primaire.

La variabilité des réponses est encore illustrée par une autre malade de Penfield (15, cas M.G., p. 460) : la stimulation au même endroit peut provoquer l'audition d'airs de musique, de bruits de gens entrant dans la salle, ou un état de rêve.

Il semble donc qu'on ne puisse attribuer de façon formelle à toutes les aires temporales une fonction précise, en dehors de quelques exceptions. L'importance des fibres d'association à ce niveau rend compte des difficultés. Tout au plus, peut-on attribuer actuellement une seule prévalence à l'aire 38 dans le domaine musical.

2° Arguments pathologiques

Ils ressortissent à l'étude clinique et électro-encéphalographique.

A/- L'épilepsie temporale

Nous envisagerons successivement l'épilepsie musicale et l'épilepsie musicogène.

a) L'épilepsie musicale

Les hallucinations musicales paroxystiques, manifestation épileptique, sont rarement observées. On les classe avec Penfield dans le groupe des hallucinations psychiques ou "états de rêve", dans lesquels les modifications d'ordre psychique sont les manifestations les premières en date de la décharge épileptique. Lors de la crise hallucinatoire, le malade ressent une impression de rêve, rêve qui peut ne pas avoir de relation avec l'entourage; Le trouble réalisé semble être assez analogue à l'état de rêve au cours du sommeil normal.

Le phénomène musical paroxystique, comporte plusieurs aspects cliniques :

1°) Tantôt il est isolé et résume toute la crise épileptique.

C'est De Sanctis, cité par Bianchini (3) qui publie le premier cas en 1897 : les accès moteurs typiques de son malade étaient remplacés par des "attaques de chant".

Un malade de Montagnini, cité par Bianchini, avait des "accès de chant" qui se substituaient totalement aux accès moteurs, mais ils étaient précédés ou suivis presque toujours à courte distance par des accès nettement convulsifs.

Paillas et Subiraña (9, p.128) ont publié quatre observations :

Une malade, opérée d'une arachnoïdite localisée à la vallée sylvienne, entendait pendant dix minutes environ "sonner les cloches de Pâques", elle sortait pour vérifier l'événement et parfois perdait connaissance.

Un malade, opéré d'un hématome temporal gauche post-traumatique, entendait, pendant quelques minutes, une musique d'orchestre et ne pouvait plus parler.

Un autre malade, opéré quatre mois auparavant d'un angiogliome astrocytaire temporal gauche, entendit, lors d'un effort de jardinage, une musique d'orchestre agréable, pendant plusieurs minutes. Ne pouvant identifier cet air, il appela un voisin qui lui déclara ne rien entendre. Puis, durant quelques instants, il eut de la difficulté à exprimer sa pensée.

L'observation du dernier malade a déjà été rapportée.

2°) Tantôt, le phénomène musical constitue l'aura psychique d'une crise épileptique.

La première observation de Paillas et Subirana, citée plus haut, peut être interprétée dans ce sens.

Bianchini cite deux cas personnels :

Un homme, âgé de 41 ans, a des crises convulsives depuis l'âge de 7 ans. Le début de chaque crise est marqué par un chant populaire, toujours identique, émis sur un rythme régulier et monotone. Cette phase dure quelques heures et est suivie de plusieurs accès moteurs se succédant à court intervalle. En dehors de ses crises, le malade ne chante jamais.

Chez une femme, âgée de 33 ans, que l'on surnomme "l'hystérique", les accès convulsifs débutent à 19 ans. Rapidement, ils sont annoncés par une période de chanson, avec excitation psycho-motrice. Ici également, l'accès moteur ne se déclenche que plusieurs heures après le début de l'aura psychique.

L'observation de David, Hecquen et Couloujou (6) est plus démonstrative : l'aura est courte et il n'existe pas de manifestations d'allure pithiatique. Une femme de 31 ans a des auras

faites de bourdonnements d'oreille puis de l'audition de chants "comme s'il y avait eu beaucoup d'enfants à chanter".

La malade reconnaît les airs sur le moment mais est incapable de s'en souvenir après la crise généralisée, laquelle n'est pas constante. Elle entend bien "comme si c'était vrai", mais sait bien que "ça n'existe pas".

Puis les chants sont remplacés par des airs d'orchestre. Pendant les crises, elle voit les gens qui l'entourent, mais ne peut pas leur parler ni les comprendre. L'intervention découvre un méningiome de la petite aile du sphénoïde comprimant la partie antérieure du lobe temporal gauche. L'ablation permet la guérison.

3°) Tantôt le phénomène musical peut être terminal.

C'est le cas d'un malade de De Sanctis, cité par Bianchini, dont l'accès moteur était suivi d'une "attaque de chant".

Bianchini cite un cas personnel, sur lequel nous formulerons quelques réserves : l'"accès" du malade durait, en effet, 8 à 10 jours, traduit par un délire de persécution ; mais, chaque fois, cette longue période de délire se terminait par une chanson, toujours identique. L'absence d'E.E.G. à cette époque ne permet aucune conclusion.

De cet ensemble de faits, on peut conclure :

a) que, selon l'importance du trouble nocturne, le trouble perceptif peut être une illusion, une obsession, une hallucinose ou une hallucination.

Le trouble de l'attention joue en effet un rôle important. La lecture des diverses observations citées plus haut le démontre amplement.

Cette altération se produit, en général, dans le sens d'une baisse de l'attention. Citons,

entre autres malades, notre malade B..., ainsi qu'un autre malade, atteint d'hallucinations auditives paroxystiques et qui notait leur affaiblissement ou leur disparition dès qu'il s'efforçait de mieux les comprendre.

A l'opposé, le trouble consiste en un effort d'attention, un effort de recherche. C'est la "psychical precipitation" de Penfield. Un de ses malades, S. Be (15, p. 452) déclarait: "Si je pense que je vous ai vu quelque part, peut-être dans la foule, et si j'essaie de savoir dans mon esprit si je vous ai vu ou non, je peux avoir une attaque". L'E.E.G. montrait un foyer de pointes dans le lobe temporal droit.

La diversité du trouble perceptif rend compte des rapports qui unissent ces variétés et il apparaît que les activités du lobe temporal interviennent de façon prépondérante.

b) que la stéréotypie de l'air est fréquente, surtout en cas d'aura musicale.

c) que la valeur localisatrice temporale du phénomène est indiscutable, l'expérimentation l'a confirmé de façon certaine.

Pour être retenue, la notion de localisation exige l'absence d'hypertension intra-cranienne et de troubles mentaux associés importants. On peut citer, notamment, une observation intéressante de Guiot (7) : l'infiltration novocaïnique du lobe temporal gauche fait disparaître les hallucinations auditives d'une malade ayant une psychose hallucinatoire chronique depuis 25 ans.

De plus, on ne peut préjuger du côté lésé.

Dans deux de nos trois observations, on trouve des arguments en faveur de l'hypothèse comitiale.

Arguments cliniques : le cas de M. G... en fournit les moins discutables, à savoir, la courte phase d'étrangeté, les rêveries sur son enfance.

Arguments électro-encéphalographiques : Signalons les anomalies bi-temporales relevées dans les observations de M. G... et Mme T... On peut remarquer le caractère strictement normal de l'E.E.G. de M. B... dont les phénomènes psycho-sensoriels survenaient en état hypnagogique.

b) L'épilepsie musicogène

Il s'agit de crises épileptiques dont le déclenchement est provoqué par un stimulus musical. C'est, en quelque sorte, une variété d'épilepsie réflexe. Sa fréquence réelle paraît réduite et on ne peut l'affirmer que si certaines conditions sont remplies : Il est indispensable qu'une étroite relation entre le facteur musical et la crise soit constatée; la reproduction quasi-expérimentale de ces crises constitue l'argument décisif.

Une certaine prédisposition peut être admise en effet dans l'ensemble, les malades sont, sinon des artistes professionnels, du moins des amateurs de musique.

Le stimulus musical est un facteur étiologique indiscutable.

1°) Caractères généraux

Le stimulus musical est pratiquement constant. Il est rare, au cours des épilepsies musicogènes, qu'une crise survienne en l'absence de ce stimulus. Cependant, celui-ci ne déclenche pas obligatoirement la crise (Critchley, 5).

L'épilepsie n'a pas de caractère particulier. Ce peut être aussi bien une simple absence qu'une grande crise généralisée. Une malade de Critchley (Cas III) avait une impression de "déjà vu".

2°) Modalités d'action

L'air musical paraît intervenir de façon variable.

Tantôt c'est le souvenir d'un fait ancien que la musique remémore, qui déclenche la crise ; c'est le cas d'un malade de Betcherew (cité par Critchley), chez qui l'audition de musique provoquait une frayeur avec manifestations comitiales, la première crise étant survenue au concert. Il semble s'être agi d'un véritable réflexe conditionné.

Tantôt c'est un genre de musique précis (musique classique, solo ou orchestre), musique de danse, musique de jazz, chant mélodieux, à l'exclusion de tout autre.

Tantôt un air musical, quel qu'il soit, suffit.

Tantôt, la musique n'intervient pas ; seule est en cause la qualité ou la tonalité du son. Ainsi, un malade de Critchley (Cas VIII) avait une crise généralisée chaque fois qu'il entendait un instrument à vent émettre des notes basses ; un autre malade du même auteur (Cas X) était sensible à certaines notes.

3°) Spécificité de l'air musical

Le plus souvent, l'air musical varie d'une crise à l'autre, mais il s'agit d'airs connus du malade.

Dans certains cas, l'air est toujours identique à lui-même : le malade de Kutchatkoff (cité par Marchand et Ajuriaguerra, 11) incriminait une seule oeuvre orchestrale. Le malade de Neckoeten (cité par les mêmes auteurs), éprouvait comme un courant électrique et devenait obnubilé quand il chantait, entendait chanter ou même entendait mentalement un air déterminé.

Rarement, il est signalé que les crises ne sont déclenchées que par des airs nouveaux, inconnus du malade. Une malade de Merzhoevsky (cité par les mêmes auteurs) eut trois crises provoquées par des airs qu'elle ne connaissait pas.

Il faut souligner la spécificité du stimulus déclenchant qui, seule, autorise l'individualisation de ce groupe d'épilepsies. Cette spécificité, depuis longtemps, a fait proposer l'hypothèse d'un mécanisme conditionnel dont l'observation de Lwoff et Paillet (11) est un exemple classique: leur malade, épileptique depuis l'âge de 14 ans, eut sa première crise le jour où elle fut le témoin de l'exécution d'un communard par les Versaillais. Depuis cette scène, les crises se reproduisaient à la seule vue du sang, l'approche d'un régiment ou l'audition de la Marseillaise.

Des réserves peuvent être émises sur l'authenticité des crises comitiales chez certains des malades classés dans ce groupe, d'autant plus que les observations de nombre d'entre eux ont été publiées à une époque où les méthodes d'investigation objectives n'existaient pas. Néanmoins, l'authenticité de ce groupe ne paraît pas douteuse : en témoignent, la constatation post-critique de signes neurologiques objectifs, (signe de Babinski par exemple) et les perturbations électroencéphalographiques.

B/- En dehors de l'épilepsie

Il est infiniment plus difficile de se prononcer sur le rôle du lobe temporel en dehors de l'épilepsie. Ce que nous savons de sa physiologie tend à prouver qu'il intervient à la fois dans les phénomènes d'intégration sensorielle et les mécanismes mnésiques. Il n'est pas illogique de penser que les perceptions musicales pathologiques observées dans les états proches de la névrose obsessionnelle et les confusions mentales, pour ne pas parler de la schizophrénie, passent par les mêmes voies anatomiques.

L'avantage de l'épilepsie est de permettre une étude plus aisée. Ce n'est pas le seul cas où la pathologie précède et éclaire la psychologie ; la formation du génie musical en reçoit quelque clarté.

CONCLUSIONS

-:-

Nous avons étudié, dans ce court aperçu, les perceptions musicales pathologiques.

Nous avons vu qu'elles étaient des perceptions sans objet et que nous pouvions y ranger :

- les hallucinations musicales,
- les hallucinoses musicales,
- les obsessions de contenu musical,
- les représentations musicales délibérées.

Seules, les trois premières sont vraiment pathologiques. Elle se différencient par la croyance du malade à leur réalité dans l'hallucination, conviction qui peut aboutir à un délire; l'hallucinose étant toujours perçue comme un phénomène irréel et étranger.

L'obsession musicale suppose un fond psychasthénique.

Quant aux représentations musicales délibérées, elles sont surtout intéressantes par leurs rapports avec la formation et l'épanouissement du génie musical.

Ces diverses perceptions sans objet s'associent ou se succèdent dans un ordre variable au cours des divers syndromes psychiatriques ou neurologiques dans lesquels elles trouvent place, ce qui en complique l'étude mais la rend aussi plus passionnante.

Enfin, si nous ne pouvons, actuellement, avancer que des hypothèses sur le rôle joué par le lobe temporal dans la genèse et le mécanisme de ces perceptions, nous savons pourtant,

malgré la persistance de nombreuses inconnues, que ce rôle est important, et, il est permis de penser que le perfectionnement des techniques d'investigation, en particulier de l'électroencéphalographie, permettra, dans un proche avenir, de faire toute la lumière sur ce problème.

-:-

Vu :

Le Président :

signé : L. MICHAUX

Vu :

Le Doyen :

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - AJURIAGUERRA et HECAEN
Le Cortex cérébral
Masson Paris 1940
- 2 - BARRE, Cl. VINCENT et Melle HELLE
Tumeur temporale gauche. Etude neuro-
chirurgicale. Guérison depuis un an.
Considérations sur les troubles cochlé-
aires et vestibulaires avant l'interven-
tion
Revue Neurologique 1953 I pp. 376-384
- 3 - H. BIANCHINI
'Aura lunora" épileptique et équivalents
musicaux
Revue Neurologique N° 18 30 septembre
1904 pp. 970-973
- 4 - A. COLEUROY
Robert Schumann
Editions "La Colombe" Paris 1950
- 5 - M.D. CRITCHLEY
Musicogenic epilepsy
Brain 1937 tome 60 N° 1 pp. 13-27
- 6 - DAVID, HECAEN et COULOUJOU
Hallucinations auditives sans délire
par affection neurologique
Annales médico-psychologiques 1944
tome 1 N° 2 pp. 139-143
- 7 - P. GUIOT
Infiltration novocaïnique du lobe tem-
poral gauche. Disparition des hallucina-
tions auditives dans une psychose hallu-
cinatoire chronique ancienne
Annales médico-psychologiques IIIème
année, tome 1 N° 3 (23-2-1953 pp. 364-
368).

- 8 - J. LHERMITTE et PAUCHEMINEY
Sur une complication exceptionnelle de
l'électro-choc : l'hallucinoïse musicale
Revue de Neurologie 1943 Tome 75 N° 1-2
pp.37-38.
- 9 - Lobe temporal en ONO - Rapport de Barcelone
et Palma, 25-30 mai 1950 Doin Paris
- 10 - MARAGE
Comptes rendus des séances de l'Académie
des Sciences 9 et 23 janvier 1928
2 décembre 1929
- 11 - L. MARCHAND et AJURIAGUERRA
Epilepsies
Desclée de Brower Paris 1948
- 12 - L. MICHAUX, H.M. GALLOT et ROUAULT de la
VIGNE
De l'obsession au délire. Du délire à
l'obsession. Rôle des réflexes condition-
nels dans la naissance et la persistance
de l'idée obsédante
Annales médico-psychologiques Tome II
N° 1 juin 1945 pp. 1-41
- 13 - MOREL
Introduction à la psychiatrie neurologi-
que
Masson éditeur - Paris 1947
- 14 - PASCAL
Les maladies mentales de Schumann
Journal de psychologie mars 1908
5ème année pp. 98-130
- 15 - PENFIELD et JASPER
Epilepsy and functional anatomy of the
brain
Boston 1954
- 16 - H. ROYER, J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUE et
J. TARNALET
Hallucinations auditives au cours des tu-
meurs de la région temporale (à propos
de 13 observations personnelles).
Annales médico-psychologiques. 106ème année
tome II 25 octobre 1948 pp. 489-493

17 - André THOMAS

Les grandes activités du lobe temporal
Masson Paris 1955

18 - MASSIN - Ludwig von Beethoven
Club Français du Livre 1955

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

